FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année — **THÈSE** N° — 4

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 31 novembre 1888, à 1 heure

PAR PAUL LE ROUX

Né à Landelles (Calvados), le 21 mai 1859

Interne des hôpitaux de Rouen.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ARTÉRITE SYPHILITIQUE

Président : M. DAMASCHINO, *professeur.*

Juges : MM. { CHARCOT, *professeur.* / LANDOUZY, CHAUFFARD, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, SUCCESSEUR DE A. PARENT

52, RUE MADAME ET RUE CORNEILLE, 3

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen................. M. BROUARDEL.

Professeurs

Anatomie	MM FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	N....
Clinique médicale	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRÉLAT. LE FORT.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	N...

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	OLLIVIER.	REMY.
BLANCHARD.	HANOT.	PEYROT.	REYNIER.
BOUILLY.	HANRIOT.	POIRIER, chef des Travaux anat.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BRISSAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	ROBIN (Albert).
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	SCHWARTZ.
BUDIN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	SEGOND.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RAYMOND.	TROISIER.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	RECLUS.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR LE ROUX

A MA MÈRE

A MON PRESIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DAMASCHINO

Chevalier de la Légion d'honneur,
Médecin des hôpitaux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

M. LE DOCTEUR HÉLOT

Chirurgien à l'hospice général (Externat 1881-82).

M. LE DOCTEUR DUMÉNIL

Chirurgien à l'Hôtel-Dieu,
Directeur de l'Ecole de médecine (Externat 1883).

M. LE DOCTEUR LEVASSEUR

Médecin de l'Hôtel-Dieu (Internat 1884).

M. LE DOCTEUR PETEL

Chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Rouen,
Professeur à l'Ecole de médecine (Internat 1885).

M. LE DOCTEUR PETITCLERC

Médecin à l'hospice général (Internat 1887).

M. LE DOCTEUR OLIVIER

Médecin à l'Hôtel-Dieu de Rouen,
Professeur à l'Ecole de médecine (Internat).

Ayant eu pendant cette dernière année 1888 l'occasion de recueillir l'observation de quelques malades atteints de lésions syphilitiques, artérite cérébrale, sur le conseil de notre maître, M. le D[r] Olivier, de Rouen, professeur de clinique interne, nous avons cru qu'il serait intéressant d'étudier ce cas et d'en faire le sujet de notre thèse.

Qu'il me soit permis d'adresser aussi mes remerciements à M. le D[r] Brunon, professeur à l'école de médecine et à M. le D[r] Boucher, médecin des hôpitaux, pour les indications et les avis qu'ils ont bien voulu me donner.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ARTÉRITE SYPHILITIQUE

L'artérite est une des manifestations tertiaires de la diathèse syphilitique.

Elle produit dans le cerveau les mêmes lésions que dans les autres viscères : rate, foie, reins, poumons, testicules.

N'importe où vous l'observez, elle se caractérise par des hyperplasies cellulaires susceptibles d'aboutir plus tard suivant leur mode d'évolution à tel ou tel de ces deux termes définitifs : la sclérose ou la gomme.

L'artérite cérébrale, à première vue, semble rare ; mais cependant à bien considérer les cas de syphilis que l'on rencontre dans les services d'hôpital, on arrive à penser qu'elle est encore assez fréquente, mais d'un diagnostic très difficile, d'où le petit nombre d'observations de cette affection : souvent l'examen nécroscopique seul nous révèle son existence.

Cette artérite est curable dans les premières périodes

quand la lésion est en voie de formation, quand les artères déjà lésées ne sont pas encore complètement envahies par le tissu néoplasique ; aussi est il fort important de reconnaître cette affection ; nous avons fait nos efforts pour éclairer un coin de la question, nous serons heureux si nous y avons réussi.

TABLEAU CLINIQUE DE LA MALADIE

Malgré les diverses manifestations que peut revêtir la syphilis cérébrale, affection protéiforme, nous diviserons les symptômes en deux classes : 1° ceux qui apparaissent au début, alors que l'artère envahie est simplement rétrécie dans son calibre et que le sang passe plus difficilement dans ce vaisseau ; 2° les autres survenant un peu plus tard, au moment ou l'artère oblitérée complètement ne permet plus au sang de passer et de porter la vie à la partie du cerveau auquel il était destiné.

RÉTRÉCISSEMENT

L'un des premiers symptômes qui inquiètent les malades, c'est la céphalalgie persistante devenant plus intense *le soir*, occupant la région frontale, rarement la région occipitale, jamais la temporale. Cette céphalalgie rend tout mouvement pénible, la marche est difficile et deviendra bientôt impossible, l'acuité visuelle diminue,

l'intelligence s'émousse, le malade devient abattu et sombre, apathique ; pendant son sommeil il est hanté de cauchemars pénibles ; parfois le malade a des défaillances, des faiblesses pouvant aller jusqu'à la syncope, des pertes de connaissance plus ou moins prolongées, des nausées, rarement des vomissements, le pouls est ralenti, et ce ralentissement est parfois très accentué.

Le malade est en proie à des vertiges, dans la rue il vacille, tibube comme un homme ivre. Parfois il ne se rappelle plus son nom, il perd la mémoire de certains mots et il le sait, il en a conscience (amnésie verbale) ; l'intelligence elle-même diminuant, le malade ne peut se livrer à un travail suivi.

Certains sujets n'éprouvent de malaises que lorsqu'ils sont soumis à des influences comme le froid par exemple (1). Témoin ce médecin, en possession de toutes ses facultés intellectuelles, qui par intervalle, surtout quand il est soumis à l'action du froid, éprouve des vertiges, des accidents paralytiques, après avoir présenté il y a une quinzaine d'années des phénomènes de compression cérébrale.

Ce malade guéri par l'iodure de potassium doit sans doute ces accidents cérébraux passagers à une gêne de la circulation cérébrale. Endartérite plus ou moins prononcée suivant les conditions extérieures dont elle subit l'influence.

Après tous ces prodromes annonçant une gêne de la circulation cérébrale, apparaissent des phénomènes pa-

(1) Dictionnaire de Dechambre.

ralytiques. Un malade par exemple après quelques malaises, un peu de perte de l'appétit, un affaiblissement de l'ouïe, de la vue, se couche comme d'habitude, le lendemain, il continue à dormir : « on le croit en état d'ébriété », les yeux sont fermés, la respiration stertoreuse. Les membres sont dans la résolution sans paralysie, la sensibilité au pincement et à la piqûre est conservée.

Il se passe souvent un certain temps relativement assez long avant que les symptômes prennent une gravité et une intensité notables ; la paralysie souvent est limitée à certaines parties des membres, restreinte à l'un d'eux ou à la moitié de la face par exemple.

Rarement l'hémiplégie frappe brusquement ou bien alors elle serait plutôt causée par une tumeur cérébrale comprimant une artère et amenant son oblitération.

Le plus fréquemment elle s'empare du malade lentement, il voit arriver son attaque et en suit la progression qui est tantôt continue, tantôt par saccade.

La syphilis s'attaquant de préférence à la base du cerveau, il n'est pas difficile de prévoir que le nerf moteur oculaire commun et en général tous les nerfs de l'œil émergeant de la face inférieure du cerveau, le facial, etc., seront fréquemment atteints.

L'hémiplégie de la face, chose encore assez importante à noter, est plus souvent croisée que directe; la luette est déviée, ce qui permet d'assurer que le nerf est atteint avant sa sortie du canal de Fallope.

Les troubles de l'intelligence peuvent aller jusqu'à la démence et l'observation citée dans la thèse de M. Rabot

(1875), observation incomplète avec autopsie très intéressante recueillie dans le service de M. Trélat à la Salpêtrière en fait foi.

La paralysie générale d'origine syphilitique est difficile à distinguer. Cependant un symptôme caractéristique de l'affection, le délire des grandeurs, manque souvent dans ce cas.

Parfois en même temps que tous les troubles divers que nous avons rapportés et coïncidant avec l'hémiplégie, le coma peut s'accompagner de convulsions, de crises épileptiformes ; parfois ces crises surviennent en même temps que la résolution des membres et le coma.

Ces accidents sont en général d'un pronostic très grave et souvent indiquent l'évolution finale.

MARCHE. DURÉE

Les accidents causés par l'artérite sont sujets à disparaître ; aussi l'hémiplégie peut s'améliorer ou même complètement se guérir, mais une fois la lésion constitué, l'artère complètement oblitérée, tous les efforts sont à peu près inutiles ; c'est une lésion commune sur laquelle on n'a plus de prise, le territoire desservi par l'artère ne peut plus vivre, c'est un territoire destiné à mourir, c'est la nécrobiose du tissu avec les complications qui peuvent en dépendre : encéphalite, méningite, etc.

PRONOSTIC

Le pronostic, on le voit, est toujours assez sombre, aussi, cette affection exige-t-elle de la part du médecin la plus scrupuleuse attention; du diagnostic en effet dépend souvent le salut du malade, car un traitement bien ordonné peut seul arrêter, améliorer ou guérir, s'il est pris en temps opportun, cette grave affection.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les lésions des artères peuvent-elles être confondues avec d'autres maladies ?

Peut-on confondre l'artérite syphilitique avec l'athérome, la tuberculose, etc.

Un examen attentif nous fera reconnaître que jamais l'artério-sclérose ne se localise à une artère ; tout le système vasculaire est envahi. Les artères sont dures, rénitentes, ressemblent à des cordes : c'est comme l'a dit M. Peter « La rouille de la vie », elle n'arrive le plus souvent que dans la vieillesse.

Aussi peut-on dire avec M. le professeur Fournier : « Toute hémiplégie survenant chez un sujet âgé de « moins de 40 ans, non affecté d'alcoolisme ou de lésion « du cœur » est au moins 8 fois sur 10, 9 fois sur 10 peut-être, d'origine syphilitique.

Il en est de même pour l'épilepsie et les paralysies

oculaires; il est évident que dans ce nombre nous ne rangeons pas les maladies héréditaires.

TUBERCULES ?

La tuberculose offre certains points de ressemblance, cependant, elle n'attaque que rarement les petites artères et surtout les artères cérébrales, son siège est ailleurs; elle envahit plutôt la gaine des vaisseaux et le tissu conjonctif dans lequel elles se trouvent enchâssées, ils sont agglomérés et forment une masse qui circonscrit le calibre de l'artère; l'âge plaide aussi en faveur de lésions syphilitiques, la tuberculose cérébrale (méningite ou autres accidents) est presque toujours l'apanage de l'enfance.

D'ailleurs, le traitement a une action souveraine et nous rappelant ce vieil aphorisme : « Naturam morborum curationes ostendunt », nous ne pouvons qu'incliner vers la pensée que ces lésions sur lesquelles le mercure et l'iodure ont tant d'influence sont d'origine syphilitique. La tuberculose et l'athérome malheureusement attendent encore leur spécifique et la thérapeutique malgré tous ses efforts n'a guère de puissance sur ces deux terribles maladies.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Un symptôme sur lequel on n'a guère appelé l'attention et qui a été étudié pour la première fois par M. Vulpian dans l'artérite, peut avoir une importance pour le diagnostic et présente un certain intérêt au point de vue physiologique ; c'est la cyanose.

Les trois observations sur lesquelles est basée cette étude sont curieuses à plus d'un titre. La première a trait à un garçon cuisinier, âgé de 28 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, avec une fièvre typhoïde bénigne et quelques taches de purpura à la partie inférieure et interne de la jambe droite, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Vives douleurs au niveau de ces régions.

Convalescence au bout de 15 jours ; douleurs internes à la réunion du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs de la face antéro interne de la cuisse, s'irradiant au trajet de la fémorale.

Pas de fièvre, cœur normal. Pas de cordon sur le trajet des vaisseaux ; palpation très douloureuse, les deux pédieuses sont difficilement perçues, la tibiale postérieure gauche bat beaucoup plus fortement que la droite; au même endroit, derrière la malléole, celle-ci est presque imperceptible.

Quand le malade se lève la peau de la jambe et du pied est cyanosée et la sécrétion sudorale apparaît sur le pied.

Quelque temps après, la marche des accidents est devenue plus rassurante, les douleurs ont disparu peu à

peu, la cyanose a persisté quelque temps encore, les pulsations se sont rétablies peu à peu, et sept semaines après le malade quittait l'hôpital.

M. Barié (1) également en a publié quelques cas, et plus récemment M. Brunon, alors interne de M. Vulpian, en a rapporté deux observations (2) dans lesquelles le symptôme cyanosé était très accentué. M. Vulpian admet que cette modification dans la circulation du pied et de la jambe s'explique par une diminution de l'afflux du sang dans les capillaires. La cyanose cutanée et la dilatation des veines manquent quand le malade est au lit ; le cours du sang dans les artères n'est pas interrompu, mais simplement amoindri ; le sang veineux dans la position horizontale est poussé vers la cuisse par une pression suffisante ; mais dans la station verticale la cyanose s'accentue, les veines se gonflent parce que la pression transmise des artères aux veines par les capillaires n'est plus assez forte pour vaincre l'obstacle opposé par la pesanteur ; de là stase sanguine relative dans les veines et les vaisseaux capillaires. La faiblesse du pouls de l'artère tibiale postérieure du côté malade vient confirmer l'idée que le cours du sang est moins libre du côté affecté ; on comprend combien ce symptôme cyanose mérite d'attirer l'attention et combien il peut éclairer le diagnostic quand on a la bonne fortune de le rencontrer. Le signe indiqué par Vulpian, Barié et Brunon serait à rechercher dans l'artérite cé-

(1) Barié. Revue de médecine, 1881.
(2) Brunon. Archiv. gén. de méd., 1884.

rébrale qui nous occupe ; en effet dans le cas où l'on remarquerait de la cyanose d'un côté de la face ou du cou, ce symptôme serait d'un grand secours au praticien pour le diagnostic. Mais c'est surtout au point de vue de la physiologie pathologique qu'il serait intéressant et utile de rechercher, sinon de la cyanose, du moins des phénomènes analogues dérivant des troubles circulatoires indiqués par Vulpian et Brunon. Nous n'avons rien trouvé chez nos malades, mais cependant il nous a semblé utile d'analyser ce travail et d'attirer l'attention de ce côté.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'exorde de toute néoformation syphilitique, comme l'a si bien et si clairement exposé M. le professeur Fournier dans ses leçons cliniques, c'est une hyperplasie cellulaire, c'est-à-dire une prolifération locale, plus ou moins abondante de cellules, en un point quelconque du corps. Répandus au milieu d'une gangue amorphe, ces éléments infiltrent le parenchyme de l'organe affecté sur une étendue variable, s'y multiplient et arrivent à constituer une nodosité, une tumeur, que l'on qualifiait autrefois de *nodus* ou engorgement et qu'aujourd'hui on appelle *infiltrat circonscrit* ou *diffus*, suivant son mode de constitution par rapport aux tissus.

En résumé donc dans la première période des accidents tertiaires, on trouve des dépôts hyperplasiques,

formations interstitielles dans l'intérieur de l'organe affecté.

Plus tard, cette hyperplasie revêt, comme nous l'avons dit plus haut, l'un ou l'autre des deux modes d'évolution. Nous allons les décrire brièvement.

Sclérose.

I. Ou bien les éléments cellulaires sont vivaces et restent doués de vitalité ! Dans ce cas ils se multiplient, prolifèrent et constituent une trame organique qui enserre dans ses mailles les tissus normaux au milieu desquels s'est développée cette formation nouvelle. Cette trame se condense ; de cellulaire qu'elle était d'abord, elle devient cellulo-fibroïde, puis fibroïde et fibreuse. Peu à peu elle se rétracte, comme toute production inodulaire, les éléments normaux de l'organe se trouvent alors étreints, comprimés, étouffés par cette masse proliférante et rétractile à la fois, ils s'atrophient, dégénèrent et disparaissent progressivement, en partie ou en totalité. Ce tissu nouveau se substitue au tissu fondamental et la sclérose est constituée.

Gomme.

II. Ou bien les éléments cellulaires doués sans doute d'une moindre vitalité se désorganisent hâtivement, à peine nés ; ils sont pour ainsi dire mort-nés. Presque aussitôt les cellules réunies, elles tendent à se détruire ; en passant par une série de transformations, de seg-

mentations, connues sous le nom de dégénérescence granulo-graisseuse.

Bref, ces éléments meurent vraiment *in situ*, en tant qu'éléments organiques, et bientôt ils ne forment plus au sein des tissus vivants qu'une sorte de détritus ayant l'aspect d'une masse caséeuse, jaunâtre, tuberculiforme à laquelle on a donné le nom de *gomme*.

LOCALISATIONS DES LÉSIONS. — ARTÈRES CÉRÉBRALES.

Parmi les points principaux où la syphilis cérébrale porte son atteinte, on doit signaler : les artères sylviennes et le tronc basilaire ; quelquefois aussi les petites artères terminales intra-cérébrales.

Les lésions se limitent en général à une faible étendue, quelquefois en deux points symétriques.

On peut trouver une dilatation de l'artère, mais plus souvent on a affaire à une rétraction par suite de l'organisation d'une sorte de tissu de cicatrice. Le calibre de l'artère est rétréci par la prolifération de cellules jeunes dans la trame vasculaire des tuniques mêmes du vaisseau.

Cette infiltration suit ordinairement le processus de la sclérose ; les cellules infiltrant les tuniques du vaisseau y forment des lamelles rigides qui peu à peu se rétractent comme dans tout tissu inodulaire, d'où déformation et réduction de calibre de l'artère. Le processus peut prédominer soit du côté des tuniques extérieures, soit du côté des tuniques internes, mais qu'il y ait périartérite ou endartérite, le résultat est le même

et cette distinction n'a plus aujourd'hui l'importance que certains auteurs y avaient attaché, car souvent ces deux modes de lésions existent associées et ce vaisseau est si ténu que les lésions des tuniques externes ne tardent pas à retentir sur la circulation comme celles des tuniques internes ; l'artère étant rétrécie, diminuée de calibre, le sang la traverse difficilement et parfois elle finit même par s'oblitérer ; il se forme alors un bouchon fibrineux suivant le même mécanisme que dans la ligature artérielle.

Aussi dans ces cas, à l'autopsie, on trouve comme dans l'observation que nous rapportons plus loin : l'artère dure, rénitente, contenant un caillot, adhérent, évidemment né sur place, avec un prolongement noirâtre, fusiforme de nouvelle formation.

L'artère peut être : 1° Epaissie dans une étendue variable, tantôt sur un segment de sa circonférence, tantôt sur sa circonférence entière, l'artère est rigide, dure ;

2° Parfois elle contient seulement des taches, des plaques, et faisant saillie à la face interne ou externe de l'artère ;

3° Exceptionnellement on trouve des nodosités comparables à un grain de riz.

Enfin au 4e degré l'artère sera rétrécie ou même complètement oblitérée.

Parmi les auteurs qui ont rapporté des observations d'artérite syphilitique, nous citerons Dittrich, Hoyach, Virchow, Meyer, qui ont vu les artères carotides céré–

brales oblitérées, chez des individus atteints de syphilis viscérale (1).

Une de ces observations se rapproche beaucoup de celles que nous citons plus loin : ce malade avait éprouvé des vertiges, de la céphalée persistante, quelques accès épileptiformes, de la faiblesse dans le côté gauche dont les mouvements étaient faibles, la vue était moins distincte, la parole difficile et embarrassée, enfin il survint du coma et la mort.

A l'autopsie on trouve la dure-mère épaissie, adhérant à l'aide d'un tissu fibroïde à la substance cérébrale, l'artère carotide droite et ses branches étaient oblitérées par des cordons fibreux adhérant à la paroi vasculaire. Le foie parsemé de cicatrices contenait plusieurs petites tumeurs.

Une autre observation (2) citée dans l'ouvrage de M. Lancereaux qui avait observé le malade avec le docteur Hemey est intéressante, car elle a trait à un jeune sujet manifestement syphilitique et que l'examen histologique de l'artère lésée a pu être fait.

Un jeune homme de 25 ans, depuis cinq mois en traitement d'une affection syphilitique qu'il ne pouvait guérir, succomba rapidement après avoir présenté de l'encéphalite.

L'autopsie révéla en même temps que des tumeurs de petit volume, l'existence d'une encéphalite localisée, et une oblitération partielle des deux artères carotides

(1) Thèse de M. Rabot.

(2) Traité de la syphilis.

internes à leur terminaison. Les deux artères lésées étaient le siège d'un néoplasme qui les rendait plus épaisses et rétrécissait notablement leur calibre. Il ne s'agissait pas dans ce cas d'une lésion athéromateuse mais d'une lésion circonscrite constituée par des cellules et des noyaux arrondis.

Steenberg, Wilks, Weber ont trouvé les mêmes altérations dans différentes artères, cérébrales, pulmonaires, aortiques ; ces lésions toutes limitées en un point circonscrit sont caractéristiques de la période tertiaire de la syphilis, que l'épaississement soit dans la tunique interne ou externe.

Une observation (1) du service de M. Trélat (Salpêtrière), observation dans laquelle le sujet, une femme atteinte de folie lipémaniaque avait succombé rapidement peu après son entrée. L'autopsie montre : le tronc basilaire ayant une coloration blanchâtre, les parois sont épaissies, à la coupe, ce n'est pas une plaque, une artère athéromateuse, le vaisseau est souple, élastique, la tunique externe seule est épaissie.

L'artère sylvienne présente des nodosités du volume d'un haricot, blanchâtres, irrégulières. Sur un grand nombre de petites branches on trouve des nodosités fusiformes de 0,01 cent. à 3 mill., plus considérables dans les artères destinées à la substance cérébrale qu'aux méninges.

Les artères étaient fortement rétrécies et même oblitérées, adhérentes par leur surface externe à la substance

(1) Rabot. Loc. cit.

cérébrale voisine dont, en les enlevant, on entraînait des parcelles.

L'examen microscopique révèle une artérite aiguë avec épaississement de la tunique interne et prolifération très active d'éléments conjonctifs dans la tunique moyenne. Le tronc basilaire présentait également un épaississement considérable de la tunique interne. Ce néo-tissu est formé de cellules fusiformes ou ramifiées au milieu d'une substance intermédiaire finement fibrillaire, la tunique élastique est intacte, la tunique musculaire est infiltrée de cellules embryonnaires arrondies, sillonnées par des capillaires gorgés de sang, la tunique externe est infiltrée de cellules rondes groupées en séries linéaires, le long des espaces plasmatiques et formant quelquefois des amas globulaires considérables.

Les vasa-vasorum sont dilatés et remplis.

Plusieurs sont aussi entourés de cellules embryonnaires rappelant l'aspect des vaisseaux dans l'érysipèle. La lumière du tronc basilaire est diminuée par les concrétions sanguines. Les nodosités dans les petites artères sont anatomiquement constituées par des altérations analogues ; on remarque aussi que le canal de l'artère est oblitéré par une prolifération dans la tunique interne.

Dans ces derniers temps, Lancereaux, Marotte, Jackson ont publié des faits d'oblitération de l'artère carotide gauche interne.

BACTÉRIOLOGIE

Bacille de Lutzgarten.

Personne n'ignore que M. Lutzgarten, professeur à Vienne, croit avoir découvert dans des coupes faites au niveau de l'induration du chancre le bacille spécifique de la maladie.

D'après lui, ce bacille se trouverait toujours inclus dans des cellules migratrices douées de locomotion se rencontrant plus souvent au bord qu'au milieu de l'infiltration ; il est décoloré par l'action des acides tandis que l'alcool n'agit aucunement sur lui. Doutrelepont (de Bonn), Schultz le trouvèrent dans les produits syphilitiques ; d'ailleurs ces bacilles sont peu nombreux; ils n'ont pu être cultivés et leur inoculation plusieurs fois tentée n'a donné aucun résultat positif ; on en est donc réduit à les reconnaître par leur forme, leur mode d'implantation dans les tissus et le procédé spécial de leur coloration.

D'ailleurs des expériences de MM. Alvarez et Favel faites sous la direction de M. Cornil, ont fortement ébranlé la spécificité problématique du bacille ; ils ont trouvé le même bacille dans les sécrétions normales des organes génitaux externes, et dans le smegma prœputialis ; en revanche ils ne l'ont pas rencontré dans les coupes des tissus indurés du chancre, mais seulement dans les sécrétions des plaques muqueuses, les syphilides ulcé-

rées et les sécrétions diverses des organes génitaux externes; que ces sécrétions proviennent d'un sujet syphilitique ou en bonne santé, le bacille n'en existe pas moins.

Pour le moment, il nous paraît difficile d'admettre la spécificité du bacille de Luztgarten et nous attendrons de nouvelles expériences.

TRAITEMENT.

Le traitement est simple, l'iodure et le mercure à dose assez élevée peuvent seuls enrayer les manifestations de la diathèse. Soutenir en même temps les forces du malade : tel est le programme.

Nous allons entrer cependant dans quelques détails.

Quand faut-il instituer ce traitement?

1° Le traitement doit être institué le plus tôt possible, car la syphilis cérébrale, au commencement, cède assez facilement, sinon toujours, au traitement antisyphilitique; plus on attend, plus elle devient rebelle, et si l'on arrive à cette période de désorganisation que nous avons étudiée, c'est en vain que l'on agira vigoureusement, il est trop tard.

En résumé donc, agir dès que la syphilis cérébrale est diagnostiquée, aussitôt que l'on aura reconnu la céphalée nocturne persistante, ou les troubles divers de

l'intelligence dont nous avons essayé de tracer le tableau.

2° Le traitement doit être prescrit d'une façon énergique ; si l'on se borne à une médication presque anodine, le malade ne guérira que bien rarement, et, comme l'a dit M. Fournier : « faire peu ou faire au-dessous de la mesure nécessaire, c'est presque ne rien faire » ; il faut employer selon l'expression du même professeur : « le traitement d'assaut », combiner le mercure et l'iodure de potassium, ces deux grands remèdes antisyphilitiques.

L'iodure sera administré la plupart du temps par la bouche, très exceptionnellement dans les cas d'intolérance complète par le rectum, en lavements ; on le donnera à la dose de 3 grammes par jour au commencement, dose que l'on élèvera progressivement à 4, 5, 6, 8 grammes, même.

Il est rarement nécessaire de dépasser 8 grammes, on arrive en donnant ce médicament à doses plus élevées à produire rapidement de l'intolérance, des troubles gastro-intestinaux, de la sursaturation iodurique.

Pour faire accepter l'iodure, on pourra le mélanger au vin, à l'eau, à la bière ou au potage et le faire prendre en plusieurs fois au commencement et au milieu des repas.

Le mercure, cet autre spécifique, peut être administré par la voie stomacale sous forme de protoiodure ou de sublimé.

Le protoiodure à la dose de 10 à 20 centigrammes, le bichlorure de 2 à 5 centigrammes.

Le calomel à dose fractionnée pendant 4 jours :

25	centigrammes	le	1er	jour.
50	—	—	2e	—
75	—	—	3e	—
1	gramme.	—	4e	—

Chaque jour la dose sera donnée en dix prises ; cette méthode de traitement a donné de bons résultats entre les mains du Dr Hillairet, son auteur ; mais elle demande une surveillance très attentive et il faut suspendre le médicament après ce stade pendant une semaine pour y revenir ensuite.

Les frictions mercurielles nous ont donné de bons résultats, elles ne fatiguent pas l'estomac et produisent tout au plus un peu d'érythème, de la stomatite et une légère salivation, accidents peu redoutables le plus souvent et que l'on peut prévenir en administrant le chlorate de potasse ou l'alun en gargarisme ou en potion.

Pour remédier à l'accoutumance qui, dans un traitement prolongé, annihile les bons effets d'un médicament, il sera très utile d'alterner les frictions mercurielles et l'iodure de potassium, pendant trois semaines par exemple, chaque médication.

Le traitement doit être prolongé jusqu'à disparition complète des accidents et au delà, car longtemps encore la diathèse peut se réveiller, aussi faudra-t-il recommander au malade une hygiène spéciale et un traitement approprié, c'est-à-dire plusieurs stades de traitement mercuriel et ioduré pendant quelques années.

Les purgatifs, les révulsifs cutanés ont aussi leurs indications.

Enfin, en dehors du traitement de l'affection spécifique, l'état général du malade nécessite une scrupuleuse attention. Il faut soutenir les forces par un régime tonique : fer, quinquina, amers, huile de foie de morue ; eaux thermales sulfureuses : Uriage, Luchon, etc.

Tels sont à grands traits les indications du traitement.

OBSERVATION .

Observation I.

La nommée G..., Pauline, 24 ans, couturière, entr le 23 mai 1888 à l'Hôtel-Dieu de Rouen, salle Saint-Lazare.

Au commencement de cette même année, cette malade avait été soignée pendant un mois dans le service. A cette époque, elle éprouvait des vertiges, des étourdissements très fréquents.

Voici d'ailleurs les renseignements que la malade nous a fournis :

Bien portante jusqu'à l'âge de 20 ans, elle eut à ce moment une entérite qui a profondément altéré sa santé ; depuis lors elle a été très souvent atteinte de vertiges, d'étourdissements ; sa vue s'est affaiblie, et par instants elle ne distingue rien, elle ne voit que du brouillard.

A diverses reprises, elle a eu quelques douleurs articulaires qui ne l'ont pas forcée à garder le lit, ni à abandonner son ouvrage. Pas de toux. Rien d'anormal dans la poitrine. Battements du cœur et palpitations assez fréquentes avec sentiment d'oppression, d'étouffement, surtout au moindre effort.

L'appétit est capricieux ; entre les repas, la malade éprouve des défaillances et des tiraillements d'estomac. Pas de vomissements.

Réglée à l'âge de 16 ans; au moment de leur apparition, les règles occasionnent toujours un assez grand malaise, elles viennent difficilement et sont peu abondantes ; leucorrhée très fréquente.

Au mois de mai 1887, à la suite d'un retard dans les règles, elle fut très souffrante, et eut une paralysie incomplète du côté gauche. Ces phénomènes persistèrent quelques jours (huit jours environ), puis diminuèrent en sorte que un mois plus tard tout était fini. Aucune trace de syphilis, la malade nie tout accident, aussi le diagnostic reste très indécis.

A son entrée, le 10 avril, elle dit que les règles n'ont pas paru et qu'elle a été reprise des mêmes accidents que l'année précédente. Il y a quelques jours, elle a perdu connaissance et à son réveil elle s'est trouvée paralysée du côté gauche. Hémiplégie incomplète. Les forces depuis ce temps sont un peu revenues, mais la malade éprouve toujours, du côté droit surtout, une douleur vive persistante.

11 avril. La malade éprouve aussi une grande faiblesse du côté droit, elle remue encore un peu le bras et la jambe du côté gauche.

Quand la malade rit ou souffle, ou parle, la bouche est fortement déviée à gauche, la joue flasque, les yeux sont également ouverts, mais la malade ne peut regarder en face, la langue est déviée, la sensibilité légèrement altérée spécialement du côté paralysé ; la face est pâle et fatiguée.

A l'auscultation rien d'anormal dans la poitrine.

Au cœur souffle à la base au 1er temps, souffle anémique, légère hyperesthésie ovarienne, sensation de boule à la gorge.

Traitement. Bains sulfureux ; toniques.

Les phénomènes s'atténuent progressivement, la malade commence à se lever et à faire quelques pas, traînant toujours la jambe, la démarche est vacillante, la malade se tient aux lits pour marcher ; la main est toujours plus faible, le bras plus lourd, la bouche déviée à gauche, la vue est meilleure quoique souvent encore brouillée.

Malgré les observations du chef de service la malade demande sa sortie.

Elle sort améliorée, traînant fortement la jambe, et ne pouvant reprendre ses occupations.

2e séjour, 23 mai :

La malade trouvée dans la rue, se débattant comme dans une crise d'épilepsie est amenée à l'Hôtel-Dieu, et admise d'urgence.

Dans la salle, la malade a de nouveau une crise épileptiforme. Révulsifs aux jambes et sur la poitrine, flagellations à l'eau froide, la crise semble s'apaiser.

Peu après nouvelle crise ; petits mouvements cloniques, la tête se tourne de côté et d'autre sur l'oreiller, les paupières battent, les bras sont agités de mouvements saccadés, les mains sont fermées, le pouce en dedans. Dans l'adduction forcée, les doigts sont légèrement fléchis, la face pâle. La sensibilité peu marquée, la respiration fréquente.

Plusieurs crises nouvelles se succèdent.

Le coma se prolonge, et à la visite du soir la malade est dans le même état. Lavement purgatif, sinapismes aux cuisses, aux jambes, sur le thorax. La malade s'agite un peu et paraît sentir, elle pousse même quelques petits cris inarticulés, ouvre un peu les yeux et les referme aussitôt.

Le 24 mai. La malade est toujours dans le coma, les membres sont dans la résolution complète et le bras droit soulevé semble retomber plus lourdement que le gauche. La jambe également ne peut rester soulevée. L'irritation de la peau, la piqûre, le pincement provoque à peine quelques mouvements, quelques contractions dans la face. La tête est tournée du côté droit et les yeux également tournés de ce côté (ils regardent la lésion). Le regard est fixe ; pas de strabisme, les pupilles semblent dilatées mais non irrégulières. La commissure labiale est tirée à gauche, la malade n'a pas uriné depuis son entrée et n'a pas été à la garde-robe. Pas de vomissements, ce qui écarte l'idée de méningite. La respiration est lente, les battements du cœur à peu près normaux. Le lavement n'ayant produit aucun effet on donne 0,50 centigrammes de calomel en une fois, la malade n'a pas eu de garde-robe, lavement purgatif amenant une selle peu abondante.

Les urines retirées par le cathétérisme et examinées ne révèlent ni albumine ni sucre.

Le 25 au soir nouvelle crise épileptiforme. Si l'on essaie de soulever la tête, elle pousse de petits cris, le cou semble raide, le bras gauche est un peu contracturé, l'œil suit les personnes qui passent devant le lit.

Le 26 on constate sur la jambe gauche une ecchymose consécutive à sa chute ; sur la partie interne du pied gauche, la face dorsale du pied droit une écorchure de 3 cent. de long environ.

La malade laisse aller dans son lit les urines et les matières fécales. Aucune connaissance, les questions adressées à la malade ne la tirent pas de sa somnolence, l'œil, comme la veille, ne suit pas le doigt.

La piqûre et le pincement ne provoquent plus aucun mouvement dans les bras, dans la jambe droite il y a encore quelques petits mouvements. Le côté gauche est tout à fait inerte. Dans la journée, la malade se plaint beaucoup et pousse de petits cris. Dans l'après-midi la malade ne peut plus avaler, elle a de la dysphagie.

Le 27. Même état, résolution complète, pâleur de la face, la salive s'écoule par la commissure droite ; la tête est toujours tournée à droite, regardant la lésion. L'œil droit est entraîné en dehors. L'œil fixe avec nystagmus (oscillation et tremblement).

Les pupilles égales ne sont pas dilatées ; le pied gauche est dévié en dedans, la malade a la respiration bruyante, stertoreuse, la douleur provoque dans la face une grimace du côté droit seulement, aucun mouvement à gauche.

Le 28. Même état, coma de plus en plus profond, respiration stertoreuse avec interruption. (Respiration de Scheynestokes.) Pouls fréquent, faible, irrégulier, 40 respirations par minute. Tempér. 39,5. Incontinence des urines et des matières fécales. Décès à trois heures et demie du soir.

Le lendemain 29, à neuf heures du matin, autopsie dix-huit heures après la mort.

Poumons sains, quelques légères adhérences au poumon gauche.

Le cœur est flasque, un peu surchargé de graisse, rien à signaler dans l'aorte et les gros vaisseaux.

Le foie est un peu gras, la rate normale.

Le rein droit offre à sa face postérieure un sillon qui le divise des deux parties ; cette scissure, en forme de cicatrice, présente une largeur de 1 centimètre environ, elle est plus large à la face antérieure, de façon à être située à mi-chemin environ des deux extrémités du rein.

A la partie moyenne de ce sillon, on remarque une saillie blanchâtre entourée d'une auréole rougeâtre. Cette face présente également d'autres petites saillies irrégulières avec brides et une multitude de petits noyaux blanchâtres de la grosseur d'une tête d'épingle à la partie supérieure de la cicatrice.

Le rein gauche présente des lésions plus avancées et plus généralisées, le rein est atrophié, par places la substance corticale a complètement disparu.

Ces lésions et en particulier les petites tumeurs ainsi que cette cicatrice en forme de sillon semblent devoir être rattachées à la syphilis.

Le cerveau offre dans le corps calleux du côté gauche un petit foyer jaunâtre de la grosseur d'un pois avec picté.

Dans le centre oval, à droite on remarque plusieurs foyers de ramollissement, entre autres au niveau du 1/3 moyen, un plus considérable dans le corps strié du côté gauche, il y a un noyau ramolli très étendu atteignant presque la capsule interne ; ce foyer s'étend profondément et gagne presque l'insula. A la coupe il s'en écoule un liquide jaunâtre.

En arrière dans le lobe occipital on trouve les mêmes lésions beaucoup moins avancées.

En retournant le cerveau et regardant la base, on trouve l'artère sylvienne gauche beaucoup plus étroite que la droite

et offrant à première vue un aspect blanchâtre; en incisant l'artère à ce niveau, on trouve un caillot blanc jaunâtre, dur, adhérant aux parois artérielles, offrant de chaque côté un caillot noirâtre paraissant stratifié et s'étendant dans les différentes branches de l'artère sylvienne.

C'est ce caillot blanc organisé, évidemment formé sur place qui en obstruant l'artère a causé le ramollissement.

L'utérus volumineux présentait un épaississement notable vers le fond et contenait un fœtus de trois mois et demi environ qui avait succombé déjà depuis quelque temps, car il était macéré et l'épiderme était détaché en plusieurs endroits.

Observation II.

La nommée D..., 50 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 12 janvier, salle 2, lit n° 43.

Cette femme mariée a eu 8 enfants dont le dernier en 1870 est mort-né, les autres sont venus vivants mais morts en bas âge vers neuf mois environ. Son mari se porte bien mais cependant est sujet à des angines très tenaces, la malade elle-même est sujette à cette affection. Céphalalgie persistante dans la région frontale.

Le 7 janvier, travaillant au Théâtre des Arts où elle est habilleuse, elle a eu un éblouissement et serait tombée si elle ne s'était aussitôt appuyée au mur. L'étourdissement passé elle s'aperçut que sa jambe et son bras gauche étaient beaucoup plus faibles, elle traînait la jambe et au commencement elle ne pouvait tenir assise sans tomber à gauche. La vue était trouble et elle ne distinguait plus les objets qu'elle avait devant elle.

Rentrée à son domicile en voiture elle y resta jusqu'au 12 janvier. Voyant alors que son état ne s'améliorait pas, elle entre à l'hôpital.

Ce qui frappe au premier abord chez cette malade, c'est sa

manière de parler. La parole est lente, saccadée, comme chez les sujets atteints de sclérose médullaire, la chute de la paupière supérieure du côté droit, l'œil est entraîné en dehors (strabisme divergent très prononcé, diplopie, la malade regardant un objet placé à côté d'elle sans tourner la tête, il n'y a pas diplopie, la divergence des rayons est détruite).

L'œil gauche est intact ; en faisant étendre les mains à la malade, on remarque un léger tremblement et de plus il y a de la nutation.

La malade nie tout excès alcoolique et dit avoir ce tremblement depuis cinq ou six ans.

Le foie et la rate ne présentent aucune altération. Le poumon, le cœur ne donnent aucun indice pathologique.

Les artères ne sont nullement athéromateuses.

Purgatif salin le lendemain de son entrée. Iodure de potassium 2 grammes.

Le 15. La malade se plaint de douleurs excessivement violentes dans la région frontale et dans le cou, les jambes, surtout la nuit. On ne trouve cependant aucune trace de diathèse sur le corps.

Depuis cinq ou six ans, douleurs en ceinture s'irradiant vers la cuisse.

L'examen des urines ne révèle ni sucre ni albumine.

L'œil droit fait souffrir cruellement la malade ; pour distinguer les objets elle est obligée de tenir fermé l'œil droit. Sans cette précaution elle a le vertige. Les images qui se font dans l'œil malade sont légèrement inclinées et les montants du lit placés en face d'elle lui semblent inclinés en bas et à gauche, avec les deux yeux l'image de l'œil droit est située à gauche de celle perçue par l'autre. La pupille est dilatée, le ganglion ophthalmique (racine motrice) étant paralysé, la pupille ne se contracte plus sous l'influence de la lumière. Les troubles de la vue, diplopie, etc., se rapportent tous à la paralysie du moteur oculaire commun ; aussi la paupière supérieure est-elle abaissée et la malade ne peut ouvrir complètement son œil.

Légère anesthésie à droite et dans tout le côté gauche de la face.

Le 21. Douleur à la région cervicale. — Vésicatoire à la nuque. Aucune amélioration notable; l'examen ophthalmoscopique ne révèle aucune lésion appréciable.

Le 28. La douleur à la région cervicale a disparu.

4 février. La malade sort sur sa demande bien qu'imparfaitement guérie, l'œil est un peu plus ouvert, la vision moins trouble.

La malade que nous avons revue en ville est toujours dans le même état, l'œil est toujours seulement entr'ouvert, la malade ne peut se conduire seule, la nutation et le tremblement sont toujours très accentués.

En somme depuis son départ de nos salles, la malade ne s'est pas améliorée, au contraire, sans doute à cause du peu de soin qu'elle met à suivre le traitement prescrit.

Observation III.

Delam., 33 ans, couturière, entre le 7 janvier, salle Saint-Lazare.

Comme antécédents rien à signaler. Sa mère est morte asthmatique, son père est mort peu après sa naissance sans qu'elle puisse nous donner aucun renseignement sur sa maladie.

Élevée au biberon chez ses parents, elle a toujours été souffrante. Il y a deux ans, elle a fait une maladie d'intestins, mais depuis lors, elle a toujours été assez bien portante.

Au mois de juin dernier, aux organes génitaux et sur les jambes, elle a vu apparaître des boutons qui bientôt disparurent, laissant à leur place des taches jaunâtres, cuivrées, couleur jambon, parfaitement visibles encore aujourd'hui.

A la même époque, la malade dit avoir eu un mal de gorge persistant et en examinant très attentivement la muqueuse des lèvres, on remarque de petites plaques blanchâtres res-

semblant à des plaques muqueuses. L'examen des yeux révèle également de l'inégalité pupillaire. La pupille est irrégulière et vers le mois de juillet, la malade a dû consulter un médecin qui lui a donné un collyre dont elle ne se rappelle plus le nom et une potion d'iodure de potassium.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, on instille quelques gouttes d'atropine dans les deux yeux et l'on reconnaît à l'examen ophthalmoscopique des tractus blanchâtres allant de l'iris à la face antérieure du cristallin, restes d'une iritis syphilitique. (Synéchies postérieures).

Avant-hier soir, 5 janvier, elle s'aperçut que son bras droit devenait plus lourd, qu'elle ne pouvait le remuer; la jambe droite également beaucoup plus faible ne pouvait porter le poids du corps et traînait en marchant, la bouche était déviée à gauche.

A son entrée, le bras droit est presque complètement paralysé ainsi que la jambe droite, la sensibilité est à peu près intacte, la parole embarrassée, la bouche déviée à gauche; quand la malade veut rire ou souffler, la déviation s'accentue plus encore : la commissure est entraînée à gauche, le côté droit est immobile et comme sans vie.

Sur le cou on trouve de petites taches blanchâtres semées sur un fond brunâtre, trace d'une syphilide pigmentaire.

20 janvier. L'appétit est bon, les fonctions digestives sont intactes, la malade mange deux portions, on lui donne un traitement syphilitique, 2 pil. de Sédillot.

Iodure de potassium.

Pour éviter la stomatite, on donne un gargarisme à l'alun.

2 février. Le bras revient bien, amélioration notable sous l'influence de l'iodure.

Le 6. La malade commence à marcher tout en traînant encore la jambe; le bras est toujours plus faible.

Vin de quinquina.

Bain sulfureux tous les deux jours.

Les jours suivants, l'état s'améliore, la jambe traîne de

moins en moins et le bras commence à reprendre son service, quoique toujours plus faible que celui du côté opposé.

Le 6 mars. La malade demande sa sortie quoique imparfaitement guérie.

Elle revient quelque temps après dans le service pour les mêmes accidents.

Cette fois ils sont moins accentués et la malade sort après un séjour de peu de temps, imparfaitement guérie, il est vrai.

Observation IV.

Lec., (Charles), 43 ans, journalier, entre le 17 février à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles.

Aucune maladie antérieure, sauf un chancre en 1875, chancre pour lequel il fut soigné à l'hôpital, polypes muqueux du nez à 35 ans, polypes ayant nécessité une petite opération.

Depuis cette époque, il a éprouvé des maux de tête fréquents et prolongés, céphalalgie surtout dans la région frontale. Ses cheveux sont tombés, mais il prétend que c'est héréditaire dans sa famille.

Dans sa jeunesse, il a eu à l'angle externe de l'orbite un abcès qui fut incisé et dont la cicatrice ne lui permet pas d'ouvrir complètement les paupières du côté droit.

Le 12 février, c'est-à-dire cinq jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, il s'aperçut que sa jambe droite était plus faible ainsi que le bras correspondant, il ne s'en servait que difficilement, sa jambe traînait et le bras était fort lourd.

A son entrée, le côté droit est paralysé à peu près complètement, la paupière supérieure gauche abaissée, l'œil fermé, le globe légèrement entraîné vers la partie externe, la pupille droite est plus dilatée que la gauche, la vision binoculaire est impossible, le malade a de la diplopie. La parole est embarrassée, hésitante, la bouche déviée à droite, le malade parle de la moitié droite, le côté gauche restant tout à fait immobile, la

luette est déviée à gauche, le voile du palais semble tomber. Depuis deux jours, le malade ne peut s'alimenter ; quand il veut prendre quelques aliments solides ou liquides, il est pris d'une toux violente, d'accès d'oppression, la respiration est suspendue et le liquide revient en majeure partie par le nez ainsi que les aliments.

La sensibilité est partout conservée.

Au niveau du bas-ventre et à la base du thorax, on trouve des taches jaunes brunâtres, de pityriasis versicolor, qu'un bain sulfureux fera disparaître, dit le malade.

Dans l'aîne gauche, on trouve la cicatrice d'un bubon, cicatrice rétractée, blanchâtre et plissée.

Le 18, le malade n'ayant rien pu prendre, on essaya de l'alimenter avec la sonde œsophagienne, mais le malade ne s'y prête pas, et les crises de suffocation survenant, il y faut renoncer.

Quand on veut faire marcher le malade, on est obligé de le soutenir pour l'empêcher de tomber, la station verticale est impossible.

Pas d'affaiblissement musculaire, le malade serre aussi fortement à droite qu'à gauche.

Rien au cœur ni dans la poitrine, urines normales.

Traitement. Frictions mercurielles. Lavement purgatif.

Le 20. Le malade a pu boire un peu et s'alimenter au moyen d'une pipette.

L'œil s'ouvre un peu, la paralysie du moteur oculaire commun diminue.

Vésicatoire à la nuque.

Frictions mercurielles dans les aines et les aisselles.

Le 23. Le malade continue de boire avec une pipette et prend même quelques légers potages.

Le 27. Amélioration notable.

Pilules de Sédillot, 2.

Potion, iodure de potassium, 2 grammes.

Garg. chlorate de potasse, 4 grammes.

1er mars. Même état.

Le 10. Le mieux continue, la paupière se relève assez facilement, la parole est redevenue libre et bien claire. Le malade s'alimente comme tout le monde. Plus de dysphagie.

La diplopie persiste toujours, mais le malade obvie à cet inconvénient en fermant un des yeux.

Le 20. Le malade marche bien et reprend son agilité, seule la diplopie persiste, le malade se sert de lunettes dont un œil est bouché par un morceau de papier. De cette façon il peut lire et travailler sans fatigue.

Le 5 avril. Le malade demande sa sortie.

La parole est libre, la bouche est encore un peu déviée, la diplopie persiste toujours. Le malade que nous avons revu il y a peu de temps (trois ou quatre mois après sa sortie) a repris ses travaux sans souffrir. Cependant le soir il ne distingue pas les objets et a encore quelquefois des vertiges quand il fixe trop longtemps une même chose. Il porte toujours ses lunettes.

Malheureusement il a négligé un peu le traitement qui lui avait été conseillé.

CONCLUSIONS.

1° L'artérite joue dans les manifestations tertiaires de la syphilis un rôle très considérable, surtout dans les manifestations cérébrales.

2° Elle est moins rare qu'on ne le pense généralement.

3° L'artérite syphilitique est d'un diagnostic difficile.

4° Il devra se baser sur :

1° Les antécédents.
2° L'âge du malade.
3° Le traitement, son influence plus ou moins grande.

5° L'artérite est curable dans la première période de son évolution.

Vu le président de thèse,
DAMASCHINO.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.